



REGISTRO DE ADMINISTRACION DE LA VACUNA DE COVID-19 PARA ADULTOS

La información obtenida en este formulario se utilizará para documentar la autorización para recibir la vacuna de COVID-19, y se compartirá a través del Registro de Inmunización de Wisconsin (WIR). La información obtenida en este formulario es voluntaria y confidencial.

Responda a las siguientes preguntas:	Si	No	
1. Tiene usted al menos 18 años de edad?			
2. ¿Está usted en este momento enfermo moderada o gravemente con o sin fiebre?			
3. ¿A recibido usted indicaciones del departamento de salud pública de que se aísle o se ponga en cuarentena en este momento, debido a la infección o exposición al COVID-19?			
4. Usted ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave (ronchas, hinchazón, dificultades para respirar o estrés) que haya requerido atención médica o tratamiento con epinefrina (EpiPen) a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una dosis anterior de la vacuna de COVID-19 ▪ Un componente de la vacuna COVID-19, que incluye el polietilenglicol (PEG), que se encuentra en algunos medicamentos como los laxantes y los preparados para procedimientos de colonoscopia) ▪ Polisorbato (que se encuentra en algunas vacunas, tabletas recubiertas y esteroides intravenosos) 			
5. ¿Tiene el receptor de la vacuna antecedentes de una condición de coagulación de la sangre, como la trombocitopenia (hemorragia) inducida por heparina (HIT) ?			
6. ¿Tiene usted antecedentes de haber sido diagnosticado de SMI-C (Síndrome Inflamatorio Multisistémico en Niños) o SMI-A (Síndrome Inflamatorio Multisistémico en Adultos)			
7. Ha sido usted diagnosticado en el pasado o actualmente con Miocarditis (infartos) o Pericarditis (parálisis)?			
8. ¿Está usted inmunocomprometido (tiene un Sistema inmune debilitado)?			
Información sobre la persona que va a recibir la vacuna COVID-19 (en letra de molde):			
Apellido:	Nombre:	Inicial de 2ª Nombre:	Edad
Fecha de Nacimiento - Mes: Día: Año: Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Etnicidad: Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Raza: Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Dirección: Calle	Ciudad	Código Postal	Condado Teléfono #
<p>He respondido a las preguntas anteriores según mi mejor saber y entender. Se me ha ofrecido una copia de la hoja informativa de COVID-19. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción.</p> <p>Entiendo que, si me someto a un relleno dérmico, puedo presentar hinchazón temporal en el lugar de la inyección o cerca de él (normalmente cara/labios) y me pondré en contacto con mi proveedor de atención médica si se produce hinchazón.</p> <p>Si solicito la vacuna Janssen COVID-19, estoy consciente de que las vacunas de ARNm son preferibles a la vacuna Janssen COVID-19, y que existe un riesgo de trombosis con trombocitopenia (TTS) (coágulos de sangre) después de recibir la vacuna Janssen COVID-19. Entiendo que debo buscar atención médica inmediatamente si desarrollo alguno de los siguientes síntomas: dificultad para respirar, dolor en el pecho, hinchazón en las piernas, dolor abdominal persistente, dolores de cabeza severos o persistentes o vista borrosa, o noto moretones fáciles o pequeñas manchas de sangre bajo la piel más allá del lugar de la inyección</p> <p>Se me ha informado del tiempo adecuado que se espera que se me monitoree para detectar reacciones postvacunación según mis condiciones de riesgo. <i>Si solicito una dosis adicional de la vacuna, doy testimonio de que cumplo los criterios de elegibilidad.</i> Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna solicitada y pido que se me administre la vacuna.</p> <p>Al firmar este formulario, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Clark a dar la información necesaria a la compañía de aseguranza indicada abajo, para procesar este reclamo. Entiendo que no seré responsable de pagar la tarifa de administración de la vacuna COVID-19, si mi compañía de seguros niega el pago o si tengo una compañía de aseguranza que el CCHD no acepta.</p>			
Firma de la persona que va recibir la vacuna o de la persona autorizada:		Fecha:	
X _____		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>	

STOP - FOR CLINIC/OFFICE USE ONLY

<u>Vaccine Name</u> <input type="checkbox"/> MODERNA COVID-19 <input type="checkbox"/> JANSSEN COVID-19	LOT: EXPIRATION DATE:	<u>Dose</u> <input type="checkbox"/> 0.5 ML (FULL) <input type="checkbox"/> 0.25 ML (HALF)	<u>Injection Site</u> LD / RD
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

Signature & Title of Vaccine Administrator:

Date:

WIR Billed

Updated: 2.22.2022

INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance Carrier Provider:

Member ID / Subscriber or ID #:

Secondary Insurance Carrier Provider (if applicable):

Member ID / Subscriber or ID # for Secondary Insurance (if applicable):